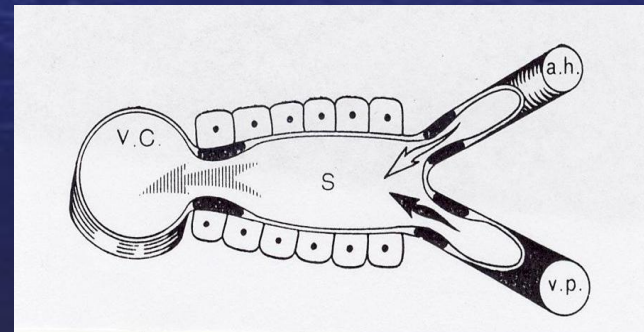
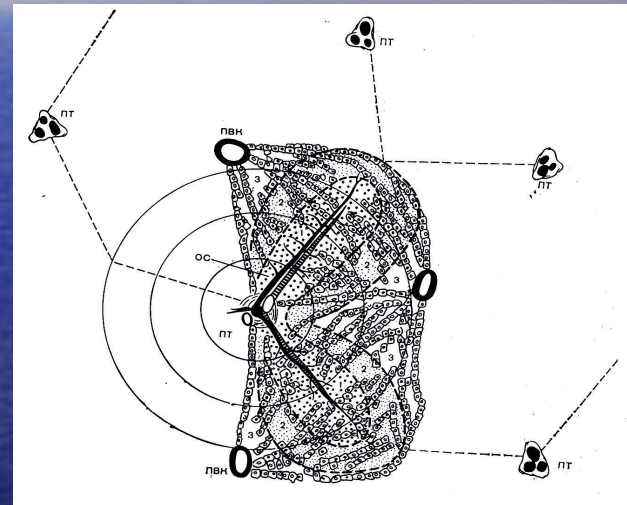


Профилактика синдрома быстрой декомпрессии билиарного тракта

Мамедова Э.П., Меджидов Р.Т.,
Абдуллаева А.З., Гаджакаева А.И.

Структурные изменения в печени при механической желтухе

- Повышение давления в билиарном тракте приводит к нарушению секреции гепатоцитов из-за высокой гипертензии в желчных капиллярах.
- Желчная гипертензия приводит к нарушению крово- и лимфообращения в печени, изменению органной микроциркуляции.
- Вся совокупность указанных факторов ведет к развитию дистрофических изменений в печени и печеночной недостаточности.
- Вышеуказанные изменения наблюдаются также и при быстрой декомпрессии билиарного тракта после длительной его обтурации – синдром быстрой декомпрессии билиарного тракта (Родионов В.В. и соавт., 1991).



СТРУКТУРНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕЧЕНИ ПОСЛЕ «БЫСТРОЙ» ДЕКОМПРЕССИИ БИЛИАРНОГО ТРАКТА

- Срыв адаптации гепатоцитов к холестазау.
- Быстрое прохождение крови внутри печени, минуя синусоиды.
- Снижение уровня метаболических процессов в гепатоцитах и ухудшение функции сфинктеров на входе и выходе синусоидов.
- Расширение пространства Диссе, ухудшение метаболизма гепатоцитов.
- Окислительное повреждение гепатоцитов (Логинов А.С., 1994).

Клинический материал

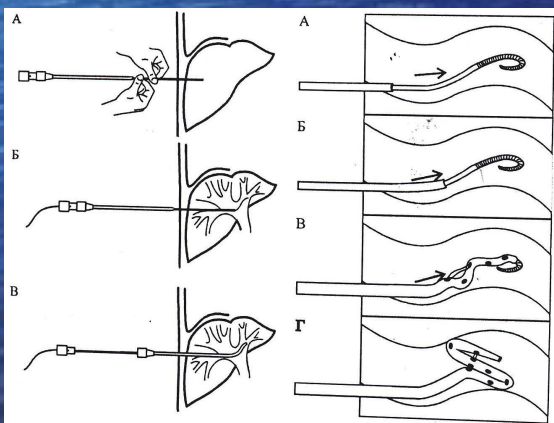
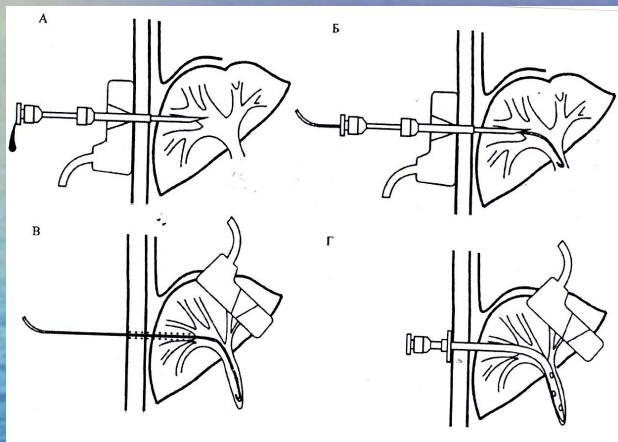
- Анализированы результаты хирургического лечения 536 больных с механической желтухой.
- Механическая желтуха опухолевого генеза – 353 (65,8%) больных.
- Механическая желтуха доброкачественного генеза – 173 (32,3%) пациентов.

Клинический материал

- Дистальная обструкция билиарного тракта (механическая желтуха опухолевого генеза) имелась у 194 (36,2%) пациентов.
- Центральная – у 98 (18,3%), проксимальная обструкция – у 61 (11,4%) больных.
- Наиболее частой причиной механической желтухи неопухолевого генеза был холедохолитиаз – 124 (23,1%).
- Доброкачественная стриктура отмечена у 24 (4,5%) пациентов: средняя (на уровне впадения пузырного протока) – у 16 (2,9%), низкая – у 9 (1,7%) (индуративный панкреатит).

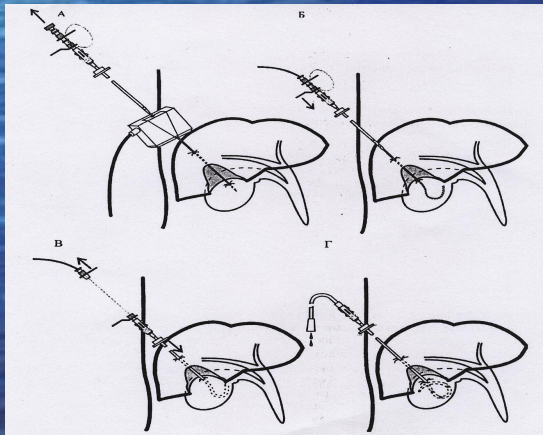
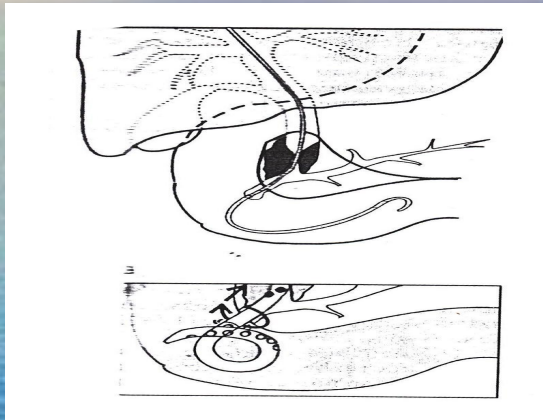
Методы декомпрессии билиарного тракта

Перкутанные желчеотводящие вмешательства под контролем
лучевых методов визуализации – 132 (25,9%)



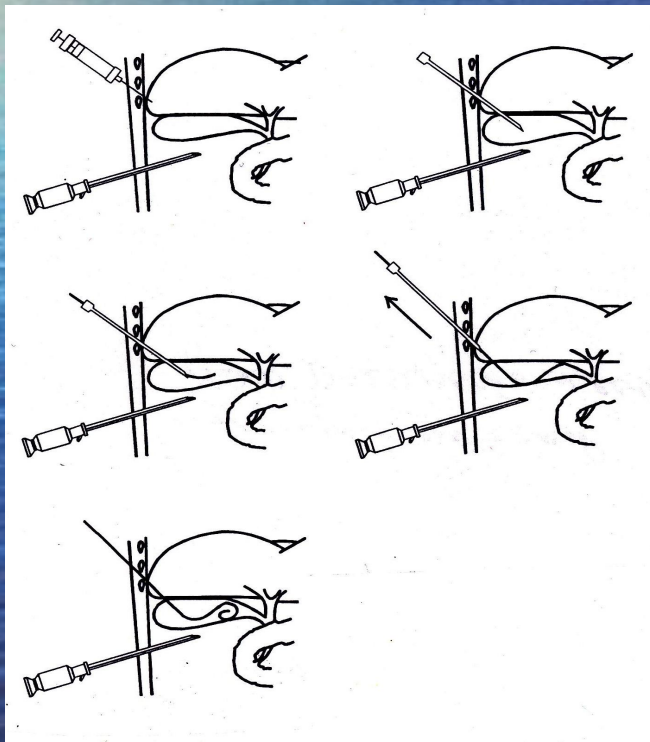
- Перкутанное чреспеченочное наружное дренирование билиарного тракта под УЗ-наведением – 12 (9,1%)
- Перкутанное чреспеченочное наружное дренирование билиарного тракта под рентгеноскопическим контролем -58(43,9%)

Методы декомпрессии билиарного тракта



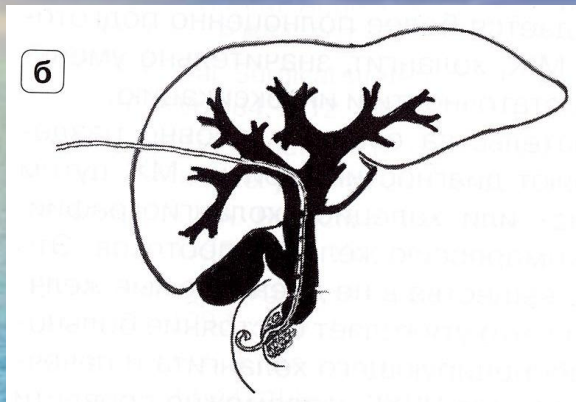
- Перкутанное чреспеченочное наружно-внутреннее дренирование билиарного тракта под рентгеноскопическим контролем – 57 (43,2%).
- Перкутанная чреспеченочная микрохолецистостома под УЗ –наведением –5(3,8%).

Желчеотводящие вмешательства под видеолапароскопическим контролем, n=253 (49,7%)

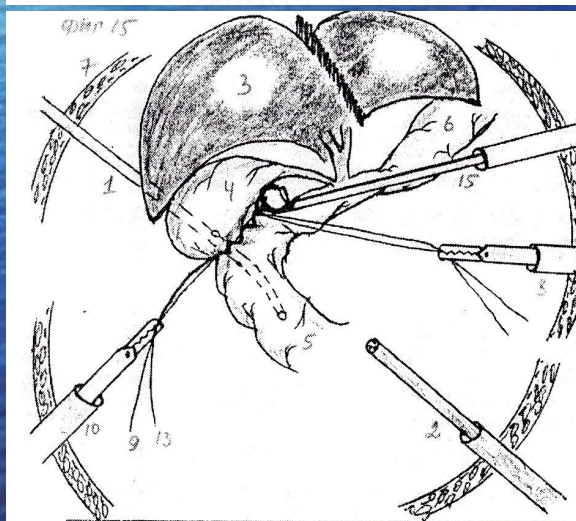


- Видеолапароскопическая
чреспеченочная
микрохолецистостомия —
244 (96,4%)

Методы декомпрессии билиарного тракта

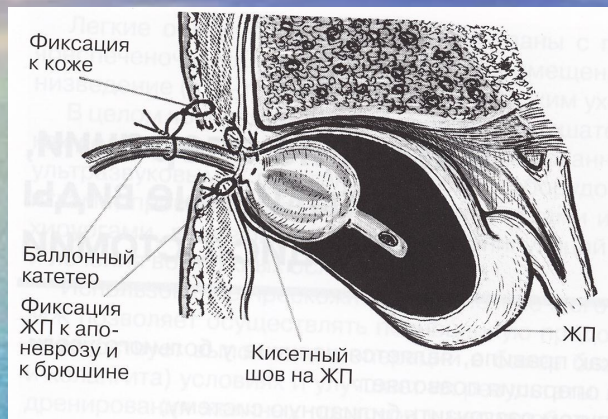


Видеолапароскопическая чреспеченочная гепатикостомия – 6 (2,4%).

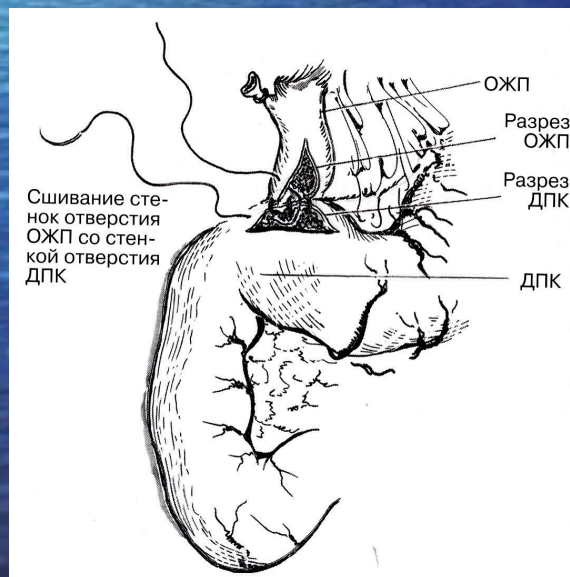


Видеолапароскопическая холецистодуоденостомия -3(1,2%).

Методы декомпрессии билиарного тракта

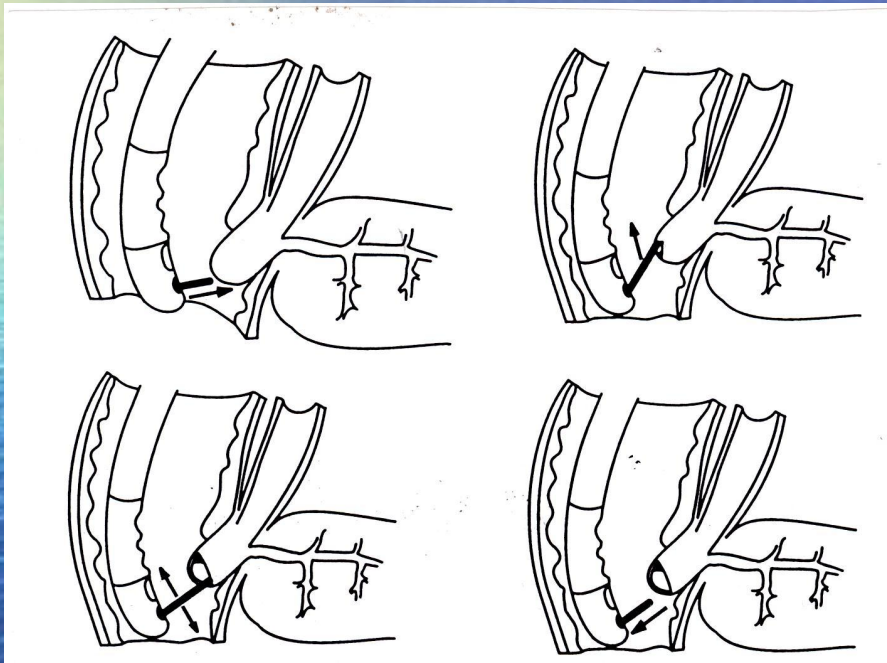


- Контактная холецистостомия из мини доступа – 84 (15,7).



- Лапаротомия, билиодигестивные анастомозы -27 (5,3%) наблюдениях

Методы декомпрессии билиарного тракта



- Эндоскопические трансдуоденальные желчеотводящие вмешательства – 13 (2,4%) случаях: ЭПСТ - 10; эндопротезирование - 3.

Результаты

- Синдром быстрой декомпрессии билиарного тракта отмечен у 233 (43,4%) пациентов.
- До внедрения в клиническую практику методов дозированной декомпрессии билиарного тракта- у 168 (72,1%)
- Наиболее часто синдром «быстрой» декомпрессии билиарного тракта наблюдался при дистальной обструкции билиарного тракта-69,3%, преимущественно при билиодигестивных анастомозах.
- Синдром «быстрой» декомпрессии билиарного тракта развивался, как правило, на 3-4 сутки после оперативного вмешательства.

Результаты

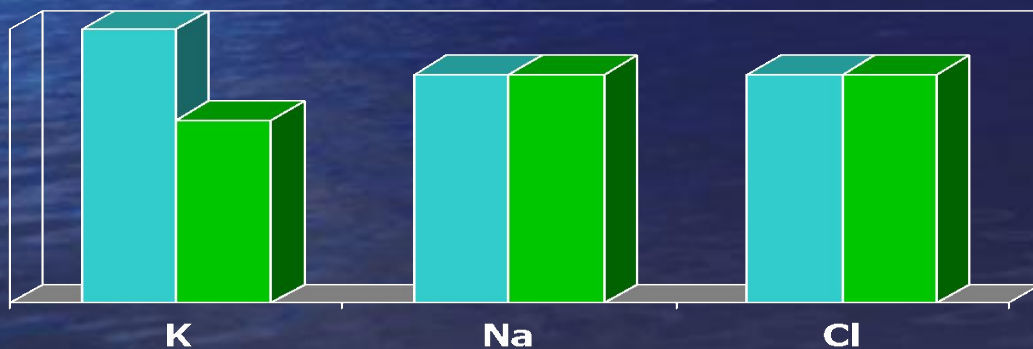
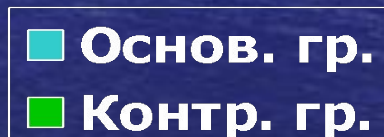
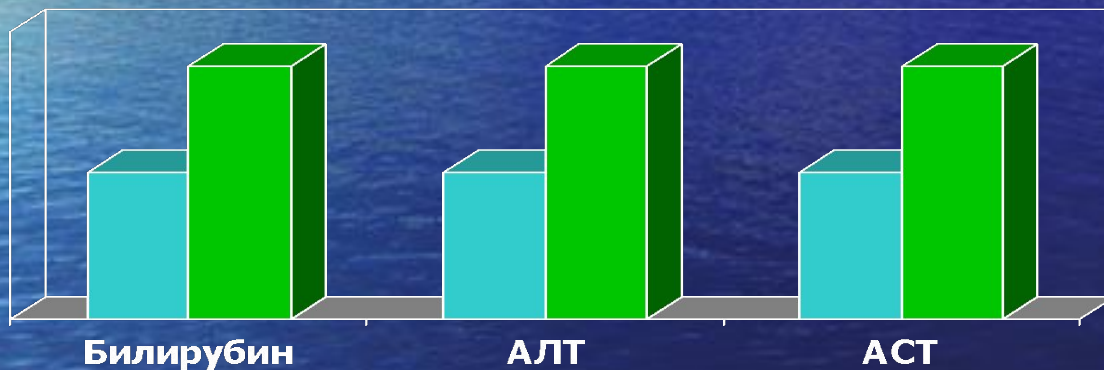
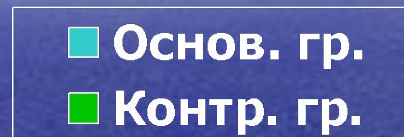
- Синдром холестаза отмечен у 177 (75,9%) пациентов.
- Синдром печеночно-клеточной недостаточности – у 37 (15,9%) больных.
- Субтотальная печеночная недостаточность – у 19 (8,3%) пациентов.

●
Гальперин Э.И. и соавт., 1978

Материалы и методы

- Основная группа из 60 больных, которым с целью профилактики синдрома «быстрой» декомпрессии билиарного тракта, на фоне базисной терапии, применяли реамберин 400,0 мл в/в 1 раз в сутки, гептрал 400 мг в/в 2 раза в сутки, эссенциале 5,0 в/в 1 раз в сутки и темерит 100мг в/м 2 раза в сутки.
- Контрольная группа из 60 больных, которым применялось традиционное лечение.

Результаты



Результаты

- Клинические проявления синдрома «быстрой» декомпрессии билиарного тракта в основной группе больных отмечен у 6,5% пациентов, контрольной группы – у 43,4%.
- Летальность в контрольной группе больных составила 3,3%, в основной-0%.

Выводы

- При декомпрессии билиарного тракта, особенно при холецистостомии не следует применять дренаж с широким просветом, которые способствуют быстрому желчеотведению.
- Предлагаемая нами схема профилактики синдрома «быстрой» декомпрессии билиарного тракта способствует значительному снижению риска развития данного синдрома.

Благодарю за внимание.